الفصل الثانى

مدخـــل إلى العـــلاج

An introuduction to treatment

ج . ى. باول و س. ج. ل. ليندسى

G.E. Powell and S.J.E. Lindsay

الفصل الثاني

مـدخـل إلى العلاج

ج . ي. باول و س . ج . ل . ليندسى

G.E. Powell and S.J.E. Lindsay

يصف هذا الكتاب اتجاهات علمية للبحث فى المشكلات النفسية وعلاجها والتحكم فيها . وخلال تناول القضايا الرئيسية فصلا بعد فصل قد تسقط بعض القضايا الواسعة أو خلفيات المشكلات ، أو تصبح غامضة على القارىء ؛ لذا يتعين تقديم بعض التعليقات المهمة منذ البداية .

أن تكـــون معالجـــا

كنقطة بداية .. فإن المعالجين فى أى نظام علمي ، أو التابعين لأى مدرسة كانت ، عليهم أن يتحققوا من الآتى : ١) ما الذى يهدفون لتحقيقه ؟ . ٢) كيف سيعملون على تحقيقه ؟ . ٣) ما المنطق أو النظرية خلف برنامج العمل الذى وقع عليه اختيارهم ؟. ٤) ما تأثير مثل هذا التدخل ؟ . ٥) ما حدود هذا التدخل ؟ . ٦) متى يتعين عليهم إستشارة الزملاء المهنيين ؟ . ودائما ما يكون من السهل تقرير مثل هذه الصياغات أكثر من تحقيقها .

لنضع فى الاعتبار المشكلات التى تحدث عند تعريف الأسلوب الذى نستخدمه . وهناك بعض الأساليب التى يمكن تعريفها بسهولة فى المستوى العملى مثال ذلك التسكين المنظم ، وحيث يمكن وضع قائمة تفصيلية بإجراءات الاسترخاء ووضع التدرج والبنودالمقدمة فيه (انظر Lindsay الفصل السابع) . كما يمكن وضع قائمة بعلاجات أخرى فى صورة مبادئ توجه المعالج ، مثال ذلك استخدام إستراتيجيات التعاقد (١) فى العلاج الأسري (Holtzworth - Munroe and Jacobson, 1991) واستخدام إعادة التدريب التدريجى (٢) فى إعادة تأهيل الحالات السيكايترية المزمنة (Watts and Bennett, 1983) أو استراتيجيات التسجيل التخيلى (٣) لمساعدة أولئك الذين يعانون من مشكلات الذاكرة (Wilson, 1987) . وعلى ذلك فالكثير من أساليب العلاج ماهى فى الحقيقة إلا وصف للإستراتيجيات ، التى توجه سلوك المعالج، ولكنها لا تملى عليه كل التفاصيل الجزئية التى يجب أن تظل رهن إرادته .

مناظرة العلاج لصياغة المشكلة

تضمن الفصل السابق وصفاً لكيف يمكن وضع الصياغة التى تصف صعوبات العميل ، ويتعين أن تمكن مثل هذه الصياغة الأخصائى الأكلينيكى من تخطيط التدخل الذى عادة ما يكون فى شكل طريقة أو طريقتين مختلفتين فى كل حالة .

ولسوء الحظ فإن بعض المشكلات تكون على درجة من الصعوبة وتفتقر صياغتها إلى التحدد ، حتى أنه يتعين نتيجة لذلك تطبيق بطارية كبيرة من أساليب العلاج دون اعتبار لصياغة المشكلة ، وذلك بهدف

(1) Contracting Strategies
(2) Graded retraining
(3) Imagery recording

الخبرة المنفرة المقترنة بعملية الشراء أو التخلص منها ، والتى تؤدى بالتالى إلى زعزعة تأكد السيدة «س» من أسوأ افكارها التى تدعم مخاوفها .

س : ولماذا تستند فى ذلك إلى الروابط الزوجية ؟

ج : كنوع من إرساء وتأكيد الدعم المتبادل للسلوك الإيجابى ، فى ضوء حقيقة أن عدد هذه التدعيمات المعبر عنها بين الزوجين يرتبط إيجابًا بتقديرات الرضا الزواجي . (Gottman, 1979) .

تأتى بعد ذلك مشكلة الملاحظة ، ومعرفة تأثير العلاج . ويسهل قياس بعض المتغيرات المستهدفة أكثر من غيرها ، وفى الحالة السابقة يمكن قياس استجابات القلق بواسط التقرير الذاتى . كما أن افتراض انخفاض هذه الاستجابات سيسمح للسيدة «س» بالتسوق أكثر ، وهو أيضًا مما يمكن قياسه بحساب مرات تكرار تسوقها . ولكن ماذا عن قياس مقدار التدعيمات الإيجابية الصادرة فى السياق المنزلى ، فهى ليست متاحة للملاحظة المباشرة ؟ ماذا يحدث إذا لم يوافق الشريكان على أن تدعيمًا إيجابيا حدث أم لا ؟ ما مقدار صدق مقاييس التقدير الذاتى حول الرضا الزواجي ؟ كيف يستطيع المرء قياس الرضا الذى يفترض أن يكون حقًا شرعيًا من خلال حماية الزواج ؟ وهناك أيضا الآثار غير المتوقعة من العلاج : فالسيدة «س» اصبحت أكثر كفاءة مما كانت تتوقع ، كما أن ثقتها العامة فى نفسها تزايدت ، وقد أصبحت مستاءة لكونها تحت العلاج كمريضة بواسطة زوجها ، وأن يطلب منها دوراً أكبر ومختلفا فى اتخاذ القرارات المتعلقة بحياتها الزوجية . ويرى السيد س ذلك بوصفه يمثل تهديداً ؛ فهو يفضل اتخاذ القرارات ، دون الحاجة لاستشارة زوجته ، وقد أحس بالفخر من قدرته على التعامل مع امرأة مريضة .

كيف يمكن فى ضوء هذه المجموعة من الظروف قياس أشياء مثل درجة التهديد أو فقدان تقدير الذات ؟ ربما يتعين على المرء أن يتنبأ بهذه النتائج الممكنة ، وأن يضع مقاييس لخط اساسى يتعامل به فيما يخص الأدوار الزوجية ؟ ويمثل كل ذلك تحذيرات من احتمال حدوث تعقيدات ، ولكن هل من الكفاءة أو حتى فى الإمكان قياس كل هذه الجوانب حتى إذا تصادف أن ثبت بعد ذلك أنها متعلقة بالمشكلة .

وبالتالى فإن ملاحظة تأثير العلاج غالبا ما يكون حلا وسطا بين مايجب قياسه وما يمكن قياسه على المستوى النظرى ، وما يجب قياسه ومايمكن قياسه على المستوى العملى . مع الأخذ فى الاعتبار ضغوط الوقت المهنى . ويستخدم كل المعالجين مقاييس لملاحظة التحسن وقياس الكفاءة ، حتى إذا ما كانت هذه المقاييس هى مجرد ملاحظة سلوك المريض أو مزاجه خلال الجلسات أو مجرد الاجابة البسيطة عن كيف جرت الأمور خلال الاسبوع السابق . غير أن تأكيد أهمية المقاييس قبل وبعد هذا المستوى الأدنى يتطلب ليس فقط خبرة كبيرة وتطبيقات (الفصل الأول) بل أيضًا قدراً من المرونة . وعلى الرغم من ذلك فدائمًا ما تحدث تغيرات فى عوامل ، لم يتوقعها الأخصائى الأكلينيكى أو يسجلها .

ان تكون معالجاً علمياً.

كتبت كل الفصول التالية بواسطة أناس ، استتنوا منحًا علميًا عريضًا أو منحاً تجريبيًا فى تناول المشكلات وأساليب العلاج ؛ بمعنى أن أعمالهم عرضة للفحص العلنى فى الدوريات العلمية ، وأن نظرياتهم وأساليبهم فى العلاج عرضة للتحقق من صدقها التجريبى أو رفضها . فما الذى تعنيه كلمة علمي بمعناها الواسع فى المجال العملى ؟

تحديد الأهداف

أحيانا مايلى الأهداف المتفق عليها مع العميل منذ بداية العلاج عمليات قياس أو فحص طويلة، تستخدم فيها كل الأساليب الممكنة والأجهزة ذات الصحة المعروفة ، والثبات والصدق (الفصل الأول) .

التقييم المستمر

يستمر هذا التقييم طوال فترة العلاج لملاحظة التحسن ولتقديم الدلائل على كفاءته . وتظل الصياغة الاصلية مجرد صياغة للخطوط العريضة فى اطار الفرض ، الذى وضع ، وهو أن الاستراتيجية «س» ستحقق النتيجة «ص» ، وبالتالى فإن العلاج يستخدم بوصفه اختباراً للفرض ، بالاضافة إلى ذلك لا تحدث متابعة العلاج دون اعتبار للنتائج ، ولا يتحتم افتراض أن العميل سيحقق نتيجة من تدخل بعينه .

تعريف الاستراتيجيات والأساليب

يجب تعريف استراتيجيات العلاج وأساليبه النوعية بأكبر قدر ممكن من الدقة ، ويفضل أن يكون ذلك بتعبيرات إجرائية ، بالطريقة التفصيلية الصارمة نفسها التى تكون عليها البحوث التجريبية ، وبالقدرنفسه من الدقة لكى تسمح بإمكان إجرائها مرة أخرى . وتساعد التعريفات المحكمة لمناهج وأساليب علم النفس الأكلينيكى على إبقاء مصادر التباين غير المعروفة فى أدنى درجة (كالتى تنتج مثلاً عن خصوصية تفسيرات المعالج أو سلوكه) ، وهى تسمح بالإضافة إلى ذلك بتوفير أساليب موحدة بدرجة ما للأستخدام من الحالات الفردية إلى البحوث الجماعية ، كما أنها تساعد على توفير إمكانية المقارنة بين الدراسات عبر مجموعات بحثية مختلفة ، وربما بين بلاد مختلفة . وهى تساعد فى العمليات التى لا تصلح فيها بعض الأساليب التجريبية فى تشكيل المقومات الأساسية ؛ للتوصل إلى العناصر النشطة ، كما تيسر فى الممارسة الأكلينيكية تعليم الأسلوب للأخصائيين النفسيين الآخرين والممرضات والوالدين . والأقارب الذين يتعين أن يشاركوا جميعاً فى علاج العميل .

ويفضل فى سياق هذا الوصف القيام بالمناقشات البناءة للحالة مع الزملاء المهنيين.

ومن المثير للسخرية ما لوحظ من أن الثبات الذى حققته إجراءات العلاج والتجريب حظى بالقليل للغاية من الاهتمام (Billingsley et al., 1980) ، وفى المقابل كانت هناك توصيات قليلة فى تراث العلاج حول مناهج تقييم الصحة و الاتساق ، أو حتى الصدق الذى خرجت به أساليب علاج معينة . مثال ذلك أن التقارير البحثية فى العلاج السلوكى لخواف الأماكن المفتوحة ، نوقشت بواسطة ليندساى Lindsay (الفصل الثامن) ، غير أنه لا يوجد غالباً أية معلومات فى هذه التقارير حول مدى تحقق الدقة أو الاتساق فى هذه الأساليب العلاجية . وغالباً ما توجد معلومات قليلة حول ما إذا كانت قد لوحظت تغيرات جوهرية مفترضة أم لا (معرفية ، حث حسى ،أو انشطة أخرى فى نمط التنفس) إن صدق أساليب العلاج النوعية غير محدد . هل العلاج المعرفى معرفى حقًا ؟ .

وعلى الرغم من ذلك ،يتعين فى الممارسة الأكلينيكية وصف إجراءات العلاج بدقة شديدة ؛ فتعبيرات عامة مثل تدبر القلق (١) يجب أن يستبدل بها حصر لمجموعة الأفعال ، مثل إسترخاء عضلى متدرج (٢)

(1) Anxiety management
(2) Progressive muscular relaxation

توضيح الآثار المعرفية المختلفة المشجعة وغير المشجعة ، سيكون مدخلًا مفيدًا للعلاج المعرفى (انظر Bradley الفصل السادس) .

ويمكن لممارسة التعود بواسطة التدريبات التخيلية أن يكون مدخلاً مشجعًا للغمر (١) فى المواقف الحية . ويرى باندورا (1977) Bandura أن تزويد العملاء بتوقعات حول إنهم سيكونون قادرين على التعامل هو اضافة مهمة للعلاج الناجح ، مهما كان نوع هذا العلاج . وهناك محاولات قليلة جرت لأعداد المرضى من خلال تزويدهم بنشرات وكتيبات قبل دخولهم للعيادات النفسية ، غير أن النتائج لم تكن مشجعة (مثال ذلك Schumann, 1987) ويرى بعض العملاء أن هذه المواد مثبطة للهمة . وبالتالى فلايمكن لهذه الطريقة أن تكون بديلا عن النقاش الذى يديره المعالج حول الأمور التى سبق الإشارة إليها ، والإجابة عن أسئلة العميل حول انشغالاته .

التدعـــــيم

دائمًا ما يكون من المهم خلال العلاج تدعيم التحسن الذى حققه العميل ؛ حيث يبدأ من يعانون من خواف الأماكن المفتوحة فى زيارة بعض الأقسام المشوقة فى المتاجر . ويجد العملاء أصحاب المخاوف الأجتماعية أصدقاء جدد ، ويشاركون فى بعض النوادى المشوقة . ومثل هذه التدعيمات ستكون مهمة ؛ حيث إن التدريب على بعض المهارات الاجتماعية هو العلاج الرئيسى . كما أن سحب التدعيم من بعض اشكال السلوك غير المرغوبة قد يكون مهمًا فى بعض الحالات ، وفى البعض الآخر قد يكون تدعيم السلوك الإيجابى متوقعًا بواسطة المكافآت الرمزية (٢) التى يمكن أن تُدخر ويتم تبادلها بمكافآت حقيقية يحصل عليها العميل وفق برنامج اقتصادى ، يسبق الاتفاق عليه (Token economy Programmes, TEP, Kazadin, 1982) .

توفـــير العـــائد *

أحيانًا ما يكون العائد هو الأسلوب العلاجى الرئيسى ، كما فى التدريب على الاسترخاء المعتمد على العائد النفسى الفسيولوجى أو عائد الإيقاع اللحائى الرولندى الحسى الحركى للتحكم فى النوبات المفاجئة (٣) ، وهو غالبا مثل مخططات النجوم (٤) فى برامج المكافآت الرمزية ، التى تنظم للعملاء الذين يعانون من الانهيار ، والتى يستخدم فيها الفيديو أثناء التدريب على المهارات الاجتماعية ، أو منحنيات الوقت المستغرق فى أداء مرضى الوسواس القهرى للطقوس ، وحيث يكون العائد أكثر من مجرد عامل مساعد. والواقع ، ولأن هذا المجلد يهتم بشدة بالتقييم المستمر ومتابعة التحسن .. فمن الممكن دائمًا تدبير عائد مناسب ، يكون متاحًا للمريض، ويتعين بصفة عامة أن يكون هذا العائد فى أقصى حجمه .

ويكون العائد ذا قيمة حينما يكون التغير فى السلوك المستهدف بطيئًا وغير مدرك من جلسة لأخرى، وعلى أى الأحوال فعلى المعالج أن يفكر بعناية عند توفيره لعائد ، فى احتمال أن يؤدى إلى خفض

(*) تترجم كلمة Feedback احيانًا إلى العربية بـ «التغذية المرتدة» ، وهى ترجمة ميكانيكية الطابع ، وتستخدم فى لغة الحواسب الإلكترونية وتفضل ترجمتها بـ «العائد» فهى عائد السلوك و انعكاسه على وسيط آخر .

(1) Floading

(2) Token economy

(3) Rolandic Cortex sensorimotor rhythm to Control Seizures

(4) Star Charts

ثقة المريض ؛ فقد كنا – على سبيل المثال – نستخدم التسجيل بالفيديو أثناء علاج التهتهة لقياس درجة التقطيب ؛ بوصفها أحد مؤشرات التحسن ، غير انه كان من المؤلم للغاية مشاهدة المريض للشرائط التى سجلت فى فترة مبكرة من العلاج . ومن الواضح أنها كانت أسوأ من إدراك المريض نفسه لمظهره الوجهى؛ مما جعلنا لا نتيح له مشاهدتها . وفيما بعد عندما حقق تحسناً أكبر ، كان من المفيد أن تعرض عليه الشرائط الأفضل لتبين له أى مجموعة عضلية ما زال فى حاجة لجعلها تسترخى .

ويمكن لبعض العملاء ، وعلى وجه الخصوص أولئك القلقون اجتماعياً أن يجدوا فى عرض الفيديو أثناء جلسات العلاج الجماعى تهديداً شديداً لهم ، وننصح بتقديم مثل هذه الخبرة لهم فى مواقف فردية بينهم وبين المعالج أولا . وبذا يصبح العائد بالفيديو معززاً ومطمئناً ، ومؤكداً لمثل هؤلاء العملاء ، عندما يرون أن مواقف عدم الراحة التى كانوا يعانون منها قد اختفت .

مناحـــى التـــدرج

تتعلق كل مناحى التدرج بمواجهة المريض بهدف يمكن التحكم فيه ، وهناك على الأقل ثلاثة مناحى: الأول يتضمن القيام بتجزئة مهمة كبيرة إلى عناصر جزئية أو أهداف فرعية ، وما إن يتم تحقيق كل هدف فرعى حتى يحدث تقدم ثابت نحو الهدف النهائى . مثال ذلك أن هدف الزواج وتحقيق حياة طبيعية بالنسبة لرجل متطرف فى الخجل يمكن أن يتضمن تدبر القلق ، وتدريباً على المهارات الاجتماعية، وعلاجاً أسرياً لخفض مجال السيطرة الوالدية الشديدة ، وتحقيق مستوى منخفض من الأنشطة الاجتماعية مثل الألتحاق بالنوادى أو الجمعيات .. الخ . ثانياً هناك أسلوب تشكيل (١) السلوك (استعارة للتعبير من نظرية التعلم الإجرائي) حيث تنظم سلسلة دقيقة التدرج من المطالب للفرد يتعين عليه تحقيقها . مثال ذلك مايحدث عند إعادة تعليم اللغة لرجل لديه إصابة فى المخ ؛ إذ يجب تدعيم أى لفظ عارض صدر منه رداً على سؤال من المعالج بداية ، وفيما بعد يكون التدعيم لأى تقريب غير دقيق لكلمة ، ثم يصبح التدعيم لأى نطق مناسب لكلمة ، وأخيرا يأتى دور المكافأة على نطق عدة كلمات . ثالثا هناك التدرج فى المهام وفقًا لخصائص أثارتها للخوف . فمن حيث المبدأ يتعامل المرضى مع المهام الأقل إزعاجا أولا ، على أمل أن الخوف سيزول، وأن الكفاءة ستتزايد وبمرور الوقت يمكن مواجهة المواقف شديدة الصعوبة .

النمـــذجة (٢)

وهى عبارة عن عرض مهارة يتعين على المريض اكتسابها ، وأحيانا ما تكون النمذجة فى حد ذاتها شكلا أساسيا من أشكال العلاج ، وكجزء رئيسى فى التدريب على المهارات الاجتماعية أو لمشاهدة زوجين للطريقة المناسبة لكيفية مناقشة قضية ما بشكل بناء . وغالبًا ما تستخدم النمذجة لتدريب الآخرين على المهارات السلوكية ، ولعرض طريقة السيطرة على الفصل للمعلمين مثلاً . أو لمشاهدة الأمهات لكيفية التعامل مع طفل فى سورات الغضب ، كيف تتجاهله أو تبقيه ساكنًا، وكيف تثنى على الطفل وتكافئه عندما يحسن السلوك . وهناك أوقات كثيرة ، يكون الإيضاح اللفظى فيها غير مناسب ، وهنا تصبح النمذجة ذات قيمة كبيرة .

(1) Shaping
(2) Modelling

بعض المشكلات العامة

هناك عديد من المشكلات أو القضايا المتعلقة بالعلاج ، والتى لا توجد لها إجابات قاطعة ، والتى كثيرا مايقدم عنها التراث العلمى قليلا من المؤشرات الحاسمة حتى الآن ، غير أنه يتعين أيضا أن نكون واعين بها منذ البداية ؛ إذ قد تحدث فجاءة وعندئذ يتعين مواجهتها بصورة بناءة .

القصور فى الاذعان لنصيحة المعالج

يُظهر التراث البحثى فى الطب العام أن المرضى لا ينفذون الكثير من النصائح العلاجية (Ley, 1983) وقد بين هولشر وأخرين (1984) .Hoelscher et al أن تدريبات الاسترخاء المنزلية تحدث مرات أقل كثيرا مما يذكر العملاء . ومما لا شك فيه أن الإذعان لنصائح المعالج يعد مؤشراً مهماً على نجاح أو فشل العلاج .

إلا أن المعالج لا يملك حقًا مطلقًا لفرض الإذعان على المريض . غير أنه من المؤكد أن العميل الذى يقبل ويتبع كل النصائح قد لا تكون لديه متاعب مستقبلية فى تدبر الصعوبات متبعاً فى ذلك الخلاصة التى خرج بها من العلاج ، والأكثر من ذلك سيكون من غير الأخلاقى توقع أن يقوم عميل بالإذعان لكل النصائح ، ما لم تكن قائمة على أساس معلومات ترتبط بمنطق العلاج .

وقد يكون عدم الإذعان نتيجة للفشل فى تذكر النصائح العلاجية ،أو الفشل فى فهم طبيعة العلاج ، ولماذا يتطلب هذه النصائح . وقد ينتج عن عدم الرضا ببعض جوانب المشورة العلاجية (Pendleton, 1983) ، أو من معتقدات العميل عن العلاج أو عن صعوباته الشخصية ، ونموذج المعتقدات الحية لديه (Becker, 1974; King, 1983) .

تذكر النصيحة العلاجية

غالبا ما تُتذكر النصيحة العلاجية على أفضل وجه ، إذا قدمت فى أخر الاستشارة إذا تم توجيه الانتباه إلى الجوانب الجوهرية فى صيغة مثل «سيكون من المفيد أن تتذكر ... » . ويكون احتمال تذكر النصيحة أكبر ، إذا ما قسمت إلى رؤس موضوعات ، مثل : «ماذا تفعل» ، «ما الذى يفعله زوجك» ، «كيف تسجل مايحدث» . وهكذا . ولحسن الحظ يتوفر الوقت فى أغلب الاستشارات النفسيه سواء لدى العميل أو المعالج لكتابة التعليمات ، ووجود صحيفة تسجيل معدة ومكتوبة غالبا مايكون بمثابة الوسيلة المساعدة لتذكر العلاج .

فهم النصيحة العلاجية

يتعين أن تقدم كل النصائح بلغة سهلة ، وبالتعبيرات نفسها التى يستخدمها العميل كلما كان ذلك ممكنًا . وكلمة مثل «المكافات» يتعين استخدامها بديلا عن «التدعيمات» . وعلى الأخصائى الأكلينيكى أن يتأكد أن العميل فهم مايقصده بأن يسأله أن يعيد النقاط المهمة الخاصة بالعلاج ، وأن يشرح لماذا تُعد ضرورية . ومن خبرتنا وجدنا كم كان مربكا ، على الرغم من كونه مفيدا تعليمياً ، أن نكتشف أن عميلاً لم يفهم المعلومات الجوهرية ، والتى افترضنا أنها قدمت بشكل مباشر .

الرضا بالمشورة العلاجية

تشير الدلائل التى لخصها بندلتون Pendleton (1983) إلى أن العميل سيكون راضياً بالمشورة إذا كان يؤمن أن المعالج قد اكتشف انشغالاته وتوقعاته وفهمها وتعاطف معه . مثال ذلك قد لا يتعاون العميل مباشرة فى العلاج ، الذى صمم لتغيير الأساليب التى يستجيب بها لاستجابات الأخرين ، إذا كان يتطلع ببساطة لفرصة للتخفيف عن نفسه ، ربما من خلال الشكوى من إتجاهات الأقارب والاصدقاء. ومن هنا فعلى الأخصائى الأكلينيكى أن يبحث عن مخرج يجعل العميل ، يفهم من خلاله أنه إذا سعى لتغيير سلوكه فإن الأخصائى الأكلينيكى سيعطيه آذاناً صاغية لسماع متاعبه الأكثر واقعية ، ويتعين مناقشة مثل هذه الترتيبات وتوضيحها مع العميل .

نموذج المعتقدات الصحية والعلاقات بين الاتجاهات والسلوك

يفترض نموذج المعتقدات الصحية (Backer, 1974; King, 1983) ونماذج العلاقات بين الاتجاهات والسلوك (Ajzen and Fishbein, 1980; Bentle and speckart, 1979) عدداً من التأثيرات ، مثل : رغبة العملاء فى تحقيق تحسن فى صعوباتهم ، وإدراكاتهم للنتائج القريبة والبعيدة إذا طالت المشكلة دون علاج ، وتقديرهم لدرجة الإعاقة الناتجة عن الصعوبات التى يعانونها ، وتكلفة العلاج مقابل فوائده كما يقدرونها بأنفسهم . وقد لا يكون العميل الذى يرى أن العلاج يتطلب حضوره عدة جلسات فى العيادة، وإنفاق قدر من الوقت خارج العمل لتحقيق فائدة غير مؤكدة ، مستعداً لتكريس المزيد من الوقت للقيام بالواجبات العلاجية المنزلية . وقد تكون المعتقدات حول نظرة الأخرين لصعوباته مهمة . كما قد يكون من المهين بالنسبة لبعض الناس أن يُشاهدوا متوجهين لعيادة نفسية ، مما يجعلهم يعتقدون أنهم معرضون لخاطرة أن يوصفوا بأنهم «مرضى عقليون» وقد يكون تقدير العميل واقعيا ، أو يكون على الأخصائى الأكلينيكى أن يجهد نفسه فى عرض النتائج الفعالة للعلاج ، وقد يخشى العميل التعلق بآمال كاذبة ، أو أن أصدقاءه وأقاربه شجعوا ودعموا سلوكه المرضى .

بعض أشكال السلوك الأخرى غير المتعاونة

إلى جانب عدم الامتثال للنصيحة العلاجية ، قد يبدى العملاء نقصاً فى التعاون من خلال أساليب أخرى ، مثل : عدم المحافظة على مواعيدهم أو التأخر عنها ، أو القيام بسلوك هدام لنواتهم مثل تناول جرعات دوائية زائدة ، والسعى للحصول على المساعدة فى صراعاتهم من أخصائيين آخرين مثل الطبيب الممارس العام .

وسيكون من المفيد بالنسبة للمعالجين تحت التدريب أن يعرفوا أن هذه المشكلات يمكن حتى للممارسين المتمرسين مواجهتها ، وقد لا يكون من الممكن حلها . إلا أن وضع التأثيرات التى وصفت فى القسم السابق فى الأعتبار قد يكون مفيداً .

شفاء أم سيطرة ؟

يحتمل فى حالة الكثير من المشكلات الأكلينيكية أن يكون الاختفاء الكامل لكل الصعوبات أمر غير وارد . مثال ذلك أن الفصام المزمن يمكن أن يظل مقاوماً بصورة متقطعة على امتداد عدة سنوات . وبالتالى قد ينشغل الأخصائى الأكلينيكى ببساطة بالسيطرة على الأعراض خلال المرحلة الأكثر حدة فيه (انظر الفصل السادس عشر Hemsley) ، كما ينشغل بإعادة التأهيل عندما تخف حدته إلى أقصى درجة

صــرف المريــض

عندمـا يحين الوقت المناسب على المعـالج أن يرفع يده ويترك المهمـة للمريض نفسـه ، وأن يؤكد للمريض ضرورة استخدام مهاراته الشخصية فى تدبر أموره ، وذلك خلال فترة مبكرة من العلاج بأعتبار أن عمليات الانسحاب التدريجى من مساندة المعالج للمريض ضرورية ، إضافة إلى محدودية وقت العلاج . ويؤدى هذا التوجه إلى الحد من شعور المريض أنه مرفوض ، عندما يحين وقت صرفه إذ يجعله ذلك ينظر إلى الموقف بطريقة إيجابية . ويؤدى التخطيط المسبق لصرف المريض أيضًا إلى تلطيف الشعور بالذنب، الذى يعانيه المعالج والذى ينشأ من مشاعر الضيق عند صرف المريض ، والمتمثل فى اعتقاده أنه كان يستطيع عمل المزيد معه ، أو أنه لم يفعل ما فيه الكفاية . ولسوء الحظ .. فإن استمرار المريض بعد الوقت المناسب لصرفه يؤدى إلى فقدان قدر كبير من الوقت ، ويعطل فرص العلاج أمام العملاء المنتظرين .

الانتكــــاس [1]

لم يجر بحث على نطاق واسع حول احتمالات الانتكاس بعد العلاج السلوكى ، وقدم عدد قليل من الدراسات فحوصًا تتبعية لفترة ، تصل لستة شهور أو أكثر بعد صرف المريض (Jansson et al., 1984) ويورد مانبى وجونستون (1980) Munby and Johnston فى دراسة متميزة بيانات تم جمعها على امتداد اربع سنوات بعد علاج سلوكى لمرضى خواف الأماكن المفتوحة ، وحيث تعرض عدد منهم لانتكاسة وقتية حادة .

ويتعين مناقشة احتمالات الانتكاس مع العميل قبل صرفه ، ويجب ان تتضمن المناقشة تحديد المواقف التى تنطوى على مخاطر كبيرة ومصادر توتر فى حياة العميل اليومية ، والتى يمكن أن تسهم فى إحداث انتكاسة . ويجب وضع نظام لزيارات متابعة للمعالج مرة كل شهر أو كل ستة أسابيع مثلا للتذكير بالاستراتيجية العلاجية ، ولتشجيع المريض على السلوك الاستقلالى فى تناولة لأموره .

المهارات الأكلينيكية فى العلاجات النفسية

ظل السعى الحثيث مستمرًا لسنوات طويلة بحثًا عن كل من المهارات ، التى يتعين توافرها فى الأخصــائى الأكلينـيكى الجيد من ناحية والمكونات الأسـاسية ، التى يجب أن تتوافر فى العلاجات النفسيـة من ناحية أخرى (انظر على سـبيل المثال Goldstein et al., 1966; Garfield and Bergin, 1986) وقد حصل هذا المســعى البحثى على دفعات حديثة ، من خلال نتائج مشابهة فى مجال العلاج المعرفى والعلاج التفاعلى [2] والعلاج الدوائى للأكتئاب فى دراسة المعهد القومى للصحة العقلية [3] فى أمـريكا (انظر : Imber et al., 1990 على سـبيل المثال) وعلى الرغم من التوصل إلى أن تغيـرا نحـو الأفضل قد حدث فى التفكير السلبى تاليًا للشفاء يرد إلى تأثير العلاج (De Rubeis et al., 1990) .. إلا أن دراسة المعهد القومى للصحة العقلية بينت أن الأداء المعرفى حدث له القدر نفسه من التحسن ؛ نتيجة للعلاج المعرفى والدوائى (Imber et al., 1990) ، وتشير هذه النتائج إلى أن جوانب العلاج التفاعلى تحسن العلاج المعرفى (Safran, 1990) . وتتوفر من تطبيقات العلاجات المعرفية دلائل متضاربة حول تأثير

(1) Relapse
(2) Interpersonal Therapy
(3) National Institute of Mental Helth (NIMH)

العلاقة الجيدة بين المعالج والعميل فى النتائج . وقد وجد هوجدوين وزملاؤه Hoogduin et al. (1989) على سبيل المثال تأثيراً دالاً لنوع العلاقة العلاجية على العلاج السلوكى لمشكلات الوسواس القهرى . ويذكر ماركس Marks (1991) من ناحية أخرى أنه من غير الضرورى أن يرافق المعالج العميل أثناء العلاج ، ويتفق ذلك جزئيا مع استخدام دليل المساعدة الذاتية [١] ، والذى يوفر مساعدة أقل كلفة من العلاج ، الذى يتطلب الرعاية المباشرة من المعالج وهو الأمر الذى يتعين وضعه فى الاعتبار.

ويقدم عديد من فصول هذا الكتاب مثل هذه التوصيات (انظر للمراجعة Gould and Clum, 1993) .

وعلى الرغم من ذلك ففى حالة العلاج الذى يتطلب من المعالج انتباهاً مباشراً ومستمراً لا يوجد الكثير من الاتفاق بين المسوح ، التى سعت إلى تعريف الخصائص الجوهرية للعلاج النفسى والمعالجين . (مثال ذلك Orlinsky and Howard, 1986, Beutler et al., 1986) ورغم ذلك فإن بعض الموضوعات المقترحة فى مثل هذه البحوث تستحق الاهتمام . وعلى المعالج أن يتقيد بتعاقد يتم بينه وبين العميل ، كما أن التعاطف المحسوس بين المعالج والعميل يجعل كل منهما يدرك الآخر ويقدر مشاعره خلال الاستشارات . ويتعين إرساء تأكيد متبادل لذات كل منهما ؛ أى علاقة مساندة دافئة بين المعالج والعميل . وتعبيران مثل «نوعية الصلة العلاجية» و«الادراك العلاجي» (الكفاءة العلاجية ؟) لا يدعوان للدهشة ؛ إذ يقال إن كليهما مهم على وجه الخصوص (Orlinsky and Howard, 1986)

ويبدو، لسوء الحظ ، أنه بقدر سعة وشمول مثل هذه المراجعات للعلاجات النفسية شديدة التباين، بقدر عدم دقة تعريفات هذه المهارات والعمليات ، وهناك معتقدات قوية شائعة على نطاق واسع حول ما يشكل المهارات المرغوبة فى الأخصائيين الأكلينيكيين . مثال ذلك أن فوردهام وزملاءه Fordham et al. (1990) يصفون الخصائص ، التى تعتقد عينة من المشرفين الملتحقين ببرنامجين تدريبيين أن المتدربين الجيدين يجب أن يتحلوا بها . وتتوزع هذه الخصائص فى بعدين: المهارات التفاعلية والقدرات التنظيمية . وبالنسبة للفئة الأولى يتعين أن يكون المتدرب الجيد ودوداً ، ولديه مظهر خارجى جيد ، ومهتماً بنظافته الشخصية ، وبالنسبة للبعد الثانى يتعين عليه أن يحترم التوقيتات وأن يقوم بصياغة الخطط .. إلخ، ومن غير الواضح إذا ما كانت هذه الصفات ذات علاقة بكفاءة المتدربين فى العلاج أم لا .

وبينما لا تعد هذه الخصائص غير معتادة .. إلا أنها محبطة للمؤلفين الحاليين ، حيث إن متغيرات مثل القدرة على الأبتكار والذكاء لم يظهر أنهما وضعا فى الحسبان . وعلى أى الأحوال يتضح أن الصفات التى يتم قياسها لدى المتدربين فى علم النفس الأكلينيكى فى الدورات ، التى تعقد فى المملكة المتحدة تتباين بقدر كبير (اتصال شخصى بـ P. desilva) .

وينحو المؤلفان ، والمساهمون فى هذا الكتاب خطا يميل إلى التفاؤل بقدر ما . فهذا الكتاب يصف المهارات والمعلومات ، التى يمكن استخدامها للحصول على آثار طيبة لتحسين صحة العملاء المتعبين وأصحاب المتاعب القليلة .

---

(1) Self-help manuals .

References

Ajzen, I. and Fishbein, M. (1980) *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*, Engelwood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Alberts, G. and Edelstein, B. (1990) 'Therapist training: a critical review of skill training studies', *Clinical Psychology Review* 10: 497–512.

Bandura, A. (1977) 'Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change', *Psychological Review* 84: 191–215.

Becker, M. H. (1974) 'The Health Belief Model and personal health behaviour', *Health Education Monograph* 2: 238–335.

Bentler, P. M. and Speckart, G. (1979) 'Models of attitude-behaviour relations', *Psychological Review* 86: 452–64.

Beutler, L. E., Crago, M. and Arizmendi, T. G. (1986) 'Therapist variables in psychotherapy process and outcome', in S. Garfield and A. Bergin (eds) *A Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 3rd edn*, New York: Wiley.

Billingsley, F., White, O. R. and Munson, R. (1980) 'Procedural reliability: a rationale and example', *Behavioural Assessment* 2: 229–41.

Brewin, C. R. (1988) *Cognitive Foundations of Clinical Psychology*, London: Erlbaum.

de Silva, P. and Rachman, J. (1981) 'Is exposure a necessary condition for fear-reduction?' *Behavioural Research and Therapy* 19: 227–32.

DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Hollon, S. D., Garvey, M. J., Grove, W. M. and Tuason, V. B. (1990) 'How does cognitive therapy work? Cognitive change and symptom change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 862–69.

Ellis, A. and Grieger, G. (1977) *Handbook of Rational Emotive Therapy*, New York: Springer.

Foa, E. B. and Goldstein, A. (1978) 'Continuous exposure and strict response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis', *Behavior Therapy* 17: 169–76.

Foa, E. B. and Emmelkamp, P. M. G. (eds) (1983) *Failures in Behavior Therapy*, New York: Wiley.

Fordham, A. S., May, B., Boyle, M., Bentall, R. P. and Slade, P. D. (1990) 'Good and bad clinicians: supervisors' judgements of trainees' competence', *British Journal of Clinical Psychology* 29: 113–14.

Garfield, S. and Bergin, A. (eds) (1986) *A Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 3rd edn*, New York: Wiley.

Gelder, M. (1981) 'Is exposure a necessary and sufficient condition for the treatment of agoraphobia?' in J. C. Boulougouris (ed.) *Learnng Theory Approaches to Psychiatry*, Chichester: Wiley.

Goldstein, A. P., Heller, L. B. and Sechrest, K. (1966) *Psychotherapy and the Psychology of Behavior Change*, New York: Wiley.

Gottman, J. (1979) *Marital Interaction: Experimental Investigations*, London: Academic Press.

Gould, R. A. and Clum, G. A. (1993) 'A meta analysis of self-help treament approaches', *Clinical Psychology Review* 13: 169–86.

Hoelscher, T. J., Lichstein, K. L. and Rosenthal, T. L. (1984) 'Objective vs. subjective assessment of relaxation compliance among anxious individuals', *Behaviour Research Therapy* 22: 184–94.

Holtzworth-Munroe, A. and Jacobson, N. (1991) 'Behavioural Marital Therapy', in A. Gurman and D. Kniskern (eds) *Handbook and Family Therapy Vol. 2*, New York: Brunner-Mazel.

Hoogduin, C. A. L., de Haan, E. and Schaap, C. (1989) 'The significance of the therapist–patient relationship in the treatment of obsessive-compulsive neurosis', *British Journal of Clinical Psychology* 28: 185–6.

Imber, S. D., Pilkonis, P. A., Sotsky, S. M., Elkin, I., Watkins, J. T., Collins, J. F., Shea, M. T. and Leber, W. R. (1990) 'Mode-specific effects among three treatments for depression', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 352–9.
Jacobson, N. and Margolis, G. (1979) *Marital Therapy: Strategies based on Social Learning and Behaviour Exchange Principles*, New York: Brunner-Mazel.
Jansson, L., Jerremalm, A. and Ost, L. G. (1984) 'Maintenance procedures in the behavioural treatment of agoraphobia: a program and some data', *Behavioural Psychotherapy* 12: 109–16.
Kazdin, A. E. (1982) 'The token economy: a decade later', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 15: 431–45.
King, J. (1983) 'Health beliefs in the consultation', in D. Pendleton and J. Hasler (eds) *Doctor–Patient Communication*, London: Academic Press.
Ley, P. (1983) 'Patients' understanding and recall in clinical communication failure', in D. Pendleton and J. Hasler (eds) *Doctor–Patient Communication*, London: Academic Press.
Marks, I. (1991) 'Self-administered behavioural treatment', *Behavioural Psychotherapy* 19: 42–6.
Munby, M. and Johnston, D. W. (1980) 'Agoraphobia: the long-term follow-up of behavioural treatment', *British Journal of Psychiatry* 137: 418–27.
Orlinsky, D. E. and Howard, K. I. (1986) 'Process and outcome in psychotherapy', in S. Garfield and A. Bergin (eds) *A Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 3rd edn*, New York: Wiley.
Pendleton, D. (1983) 'Doctor–patient communication: a review', in D. Pendleton and J. Hasler (eds) *Doctor–Patient Communication*, London: Academic Press.
Powell, G. E. (1984) 'Psychological assessment and treatment strategies in the rehabilitation of brain-damaged patients', in S. Rachman (ed.) *Contributions of Medical Psychology Vol. III*, Oxford: Pergamon.
Safran, J. D. (1990) 'Towards a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: II practice', *Clinical Psychology Review* 10: 107–12.
Schumann, H. (1987) 'The use of leaflets to prepare patients for psychological treatment', unpublished M. Sc. thesis, Institute of Psychiatry, University of London.
Spence, S. H. (1989) 'Cognitive-behaviour therapy in the management of chronic, occupational pain of the upper limbs', *Behaviour Research and Therapy* 27: 435–46.
Watts, F. N. and Bennett, D. H. (eds) (1983) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*, Chichester: Wiley.
Wilson, B. A. (1987) *Rehabilitation of Memory*, New York: Guilford Press.